

# 1 自己評価及び外部評価結果

## 【事業所概要(事業所記入)】

|         |                   |            |            |
|---------|-------------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 2371501046        |            |            |
| 法人名     | 有限会社 スリーハンズ       |            |            |
| 事業所名    | グループホーム なでしこ 2階   |            |            |
| 所在地     | 名古屋市中東区社口2丁目906番地 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成23年12月30日       | 評価結果市町村受理日 | 平成24年3月29日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2371501046&amp;SCD=320&amp;PCD=23">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2371501046&amp;SCD=320&amp;PCD=23</a> |
|----------|---|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                      |
|-------|----------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人『サークル・福寿草』  |
| 所在地   | 愛知県名古屋市中東区三本松町13番19号 |
| 訪問調査日 | 平成24年1月19日           |

## 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

なでしこの理念や介護方針と基本方針に従い、その人らしい生活ができるように支援しています。また、餅つき会や夏祭りやボランティアによるイベント等で家族様や近隣の方と楽しく過ごせる時間を大切にしています。今年は、新たに、地域の往診医や訪問看護との契約を結び、入居者様の健康管理と緊急時の対応等の医療との連携が充実し、ご家族様、スタッフにとっても安心できる体制になってきています。今後は、終末期ケアに対する課題に向けて1つ1つ解決出来るようにし、入居者様にとって最期まで住み慣れた心地良い場「家」として、安心して過ごせるように、職員一同なでしこの花ことばのように「細やかな思いやり」を持って、笑顔で寄り添うケアができるよう頑張っていきたいと思っております。

## 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

|  |
|--|
|  |
|--|

## V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                      | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている<br>(参考項目:30,31)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |    |   |                       |   |

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

| 自己                | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|-------------------|-----|--|---|------|-------------------|
|                   |     |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |     |  |   |      |                   |
| 1                 | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                             | 目の届くところに理念を掲示し、毎回スタッフミーティングで読み上げて理念の共有や実践に努めている。新人教育のオリエンテーションなどで理念の意義を伝えている。                                 |      |                   |
| 2                 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している                             | 地域の自治会に加入し回覧の配布やゴミ置き場の清掃に参加している。なでこの利用者の方で数名住所がここにあり、敬老の日等にお祝いが届いたり、行事などに参加している。近所の方に、週1回JAでの買い物の協力を得てる。      |      |                   |
| 3                 |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                           | 地域の方との交流があり認知症への理解をして頂けている。離設時には近所の方が発見し同行のもと施設まで戻ることもある。近隣住民の方々より日常用品などの支援等も頂いている。                           |      |                   |
| 4                 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている        | 「とんとん会」と名称されていて利用者様の状況などDVDに収められているものを鑑賞したり、新たに医療の連携がとれて、家族様とのムンテラの報告等の話し合える場として活用できている。                      |      |                   |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる                   | 行政の指導を受け、改善内容を周知し改善に向けて取り組んでいる。介護保険連絡会に加入して情報を得たりや研修に参加している。運営推進会議への参加にいきいき支援センターの協力も得ている。学区(中学校)の体験学習も行っている。 |      |                   |
| 6                 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束をしない方針で取り組んでいる。緊急時や本人のリスクなど考慮して止むを得ない場合は本人や家族へ書面による説明をし、同意を頂き期間を設定して見直しや検討をしている。                          |      |                   |
| 7                 |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃ざされることがないように注意を払い、防止に努めている        | 行政の集団指導などで受けた内容を職場に戻りスタッフミーティング等で勉強会をして職員全員に周知し介護方針の理解と認識が出来るよう取り組んでいる。                                       |      |                   |

| 自己 | 外部  | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----|-----|--|--|------|-------------------|
|    |     |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している    | 管理者、一部の職員は把握しているが職員全体では把握不足である。今後、研修などがあれば、参加して理解できるように取り組みたい。家族様より相談があれば、わかる範囲で支援している。                  |      |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 契約時には家族や入居希望者に重要事項を書面、口頭での説明を行い、サイン、捺印を頂き保管している。事項の改定時には十分な話し合いをし、また説明を行っている。                            |      |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 年2回の家族会での幅広い意見を頂き改善にむけて取り組んでいる。また気楽に意見や要望、苦情相談がもらえるように管理者、職員から声掛けしている。相談内容を記録して職員に周知したり、改善できることは取り組んでいる。 |      |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 年2回夏と冬に人事考課を行い、必要とあらば個別面談を行っている。また管理者から声掛けして相談や提案などがある場合、事務所内で意見交換等が出来るように取り組んでいる。                       |      |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 職員の勤務状況や実績また研修への積極的な参加の取り組み等の把握に努めている。有給休暇の活用もできている。介護職員処遇改善交付金を活用している。                                  |      |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | 職員の実績や力量等を把握して個々にあった研修へ参加できるように取り組んでいる。職員がそれぞれに係を持ち責任を持って取り組んでいる。介護技術の向上の為、スタッフミーティングの勉強会にも取り組んでいる。      |      |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 研修などで交流のあった施設の方と電話やメール等で意見交換などが出来るように努めている。また他施設への見学なども積極的に取り入れている。催事がある場合、声掛けあって参加して頂けるよう取り組んでいる。       |      |                   |

| 自己                         | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----------------------------|-----|--|---|------|-------------------|
|                            |     |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |   |      |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 本人との信頼関係、希望、要望などの把握のため、傾聴する姿勢を大切にしている。本人からの相談があった場合は話しをよく聞き、できる限りのことには対応し、安心できるように努めている。    |      |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 家族からよく話を聞くことにより不安なことや困っていることを把握できるように努めている。来訪時には本人の状況などを伝え、安心して頂けるよう努めている。                  |      |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | 本人と家族からの要望や困っていることを把握し、訪問マッサージや往診、訪問看護などの説明をしている。   |      |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 本人の自尊心を大切にしている。本人が役割感や存在感を得られるよう職員は興味あること、得意なことを把握し、それらのことが行えるような環境を整えることに取り組んでいる。          |      |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | 本人のことはまず家族という考えのもと小さなことでも家族への報告、連絡、相談を行っている。家族との密な連絡の為にメールなども使用して家族と共に本人の支えになれるように努めている。    |      |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | 馴染みの人からの連絡があれば本人が直接対応できるようできる限り支援している。手紙や電話などでの関係の継続にも取り組んでいる。知人や家族と共に出かけることができるよう支援している。   |      |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 関わりや観察により利用者同士の関係の把握に努めている。利用者全体で作業を行ったり、得意分野の家事などを個別で行えるような環境を作り利用者同士が関わり合い、支え合えるよう支援している。 |      |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------------------------------------|------|--|---|------|-------------------|
|                                    |      |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている                    | 契約が終了した方に関しても連絡が来た場合には必要に応じて相談、支援を行っている。契約が終了した方でも気軽に訪問できるような対応を心がけている。   |      |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |   |      |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | 本人、家族の思い、希望、意向を面談時、介護計画説明時などで把握しスタッフ間で共有している。個々に知り得た情報を本人の意向に添うようスタッフ間で検討し介護計画、日々のケアに活かしている。                      |      |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | センター方式のアセスメントにより生活歴や馴染みの暮らし方、サービス利用の経過を把握してこれまでの生活の継続が出来るように支援している。   |      |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 日々の寄り添うケアの中で一人一人の心身状態、毎日の健康チェックにより現状の把握をしている。その人に合った生活リズムを大切に支援している。記録によりスタッフ間で共有している。                            |      |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 毎月のケアカンファレンスにスタッフ全員で課題、対応方法について検討し介護計画作成に役立てている。家族の意向も取り入れている。カンファレンスをスタッフ全体で行い検討している。モニタリングは利用者の各担当者が中心となり行っている。 |      |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 事実を客観的にありのまま記録し、その時の状態、対応した内容などを記録してスタッフ間で情報を共有している。記録から得た情報を検討し、日々のケアに活かしている。                                    |      |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | 個々のニーズに対応するため、家族、医療関係者との連携、地域の方の協力を得て、サービスの多機能化に取り組んでいる。  |      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----|------|---|---|------|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                                      | 運営推進会議には民生委員、いきいき支援センターの職員に出席してもらい地域資源との連携に努めている。地域のイベントに参加し、地域の方とのふれあいを楽しみ、連携を深めている。   |      |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 往診医と訪問看護等の連携を取りながら本人家族の希望に添って他科、受診も受けられるよう支援している。医療体制が安定し急変時にもすぐに訪問にて適切な処置が受けられる。   |      |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 週一回の訪問看護を利用している。24時間体制のため夜間の特変時にも連絡が取れ指示を得るなど、常に連絡連携がとれている。   |      |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院先にも出向き状況の把握に努めている。退院後の受け入れ体制を十分に行うため往診医と訪問看護の連携を図り、退院時の対応に備えている。  |      |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 本人、家族の希望に添って説明を行っている。家族には往診医から現状、今後の医療対応について説明を行って、スタッフ間ケアの取り組みを話し合っている。家族の意向にそった対応をできる限り行っている。家族、訪問看護、往診医と連携を取り対応している。スタッフ間では連絡を密にして対応している |      |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている  | 事故や急変時マニュアルを作成しミーティングで対応方法を検討している。応急手当方法は研修で学びスタッフ間共有し訪問看護より指導を受けている。訓練はしていない。  |      |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている  | 毎月一回避難訓練を行っている。火災、地震、夜間を想定した訓練を行っている。地域を含めた訓練はまだ実施していないが近所の方には協力を得ている。移動困難な利用者はベランダへ避難するなどして全員参加で訓練を行っている。                                  |      |                   |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----------------------------------|------|--|---|------|-------------------|
|                                  |      |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |      |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | 会話をする時の姿勢や名前を呼ぶ時の声かけは、人としての尊重した対応をしている。トイレ排泄時、居室でのおむつ交換時には羞恥心に注意して、タオルをかけるなどして対応。居室掃除をする時は個々に声かけし了解を得ている。 |      |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                     | 朝食ではパン、ご飯を準備し、好みの方を選択して頂き自己決定ができる場を設けている。自己決定の困難な方には、家族様より本人の好みを聞いたり情報を得て対応している。                          |      |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 食事、入浴の要望、外出の希望など、個々の要望に沿った支援を行い、一人ひとりのペースを大切にして好きなこと興味のあることをできるだけ行い、充実できるように支援している。                       |      |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | 訪問理美容によるお洒落なヘアカットの支援。外出する時の洋服の選択、お洒落な小物の使い方、毎朝、本人の希望にできる限り沿った整容ができるよう、その人に合った支援に取り組んでいる。                  |      |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | 普通食が食べれない方のミキサー食、刻み食の支援。食べ物の好みを尋ねたり食べれない物のチェック、食べやすい盛り付け方配膳も工夫している。食事作りは下準備を手伝ったり、配膳、下膳、洗い物を手伝っている。       |      |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 個々に準じた形態(ミキサー、刻み食等)で対応している。栄養摂取困難な方は医師の指示のもと栄養補助食品などで補っている。水分は摂取表を作り1200mg/1日 を心がけている。                    |      |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                   | 毎食後口腔ケアに取り組んでいる。自己にて困難な方は介助で支援している。週一回歯科衛生士による口腔ケア指導も実施している。義歯、口腔内に問題が見つかった際は往診の歯科医を利用している。               |      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----|------|--|---|------|-------------------|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている                             | 個人の排泄パターンを把握しできる限りのトイレでの排泄に取り組んでいる。意思の疎通が困難な方でも小さなサインに気づけるように配慮している。食事前や出かける前、入浴前等の行動前の声かけも重視している。                      |      |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる   | 食物は野菜や繊維質の多い物を利用し、水分は摂取量を増やすための飲料水の活用を行っている。軽い体操や歩行運動を取り入れ体を動かすことで便秘予防に努めている。便秘の方に対して陰洗など刺激を与え対応している。医療機関と相談し指示ももらっている。 |      |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている                            | 個々の希望を聞き取り組んでいる。安全に支援できるようシャワーキャリー、踏み台を使用している。入浴できない時は清拭、足浴、陰部洗浄、ドライシャンプーを行っている。  |      |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している  | 個々に合わせた入床時間を取り入れている。日中居室での休息時などは室温にも気を配り本人の好みに合わせたCDをかけ対応している。エアコン使用時の部屋の乾燥に対して濡れタオルや加湿器を使用し対策している。                     |      |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている   | 薬に関しては、医師、看護師、薬剤師から情報を得る。薬の内服に変更があった時は本人の症状の変化に注意し特変があれば医療機関へ連絡するように心がけている。   |      |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                            | 生活の中で本人ができる洗濯物をたたんだり、新聞折り等の役割感を持って頂けるような支援に取り組んでいる。昔の歌を皆で歌ったり外出や散歩等しながら楽しい時間を作っている。                                     |      |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるよう支援している | 毎日の散歩を取り入れている。買い物の同行も行っている。家族との外出や外食の支援、ドライブ、地域のイベント参加にも地域の方の協力を得ながら支援している。   |      |                   |



| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----|------|--|--|------|-------------------|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | 今現在自己にて金銭の管理をしている方はいないが、買い物に同行し支払いのできる方には支援している。   |      |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 電話をかけたいと要望がある時は番号、電話のかけ方などを支援している。手紙が届いた時の返事を出す支援も行っている。携帯電話を所持している方もおり、要望があれば使い方などを説明する時もある。  |      |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 高さの調整できるテーブルを使用したり、それぞれに合った座席の配置をしている。壁に季節に合った飾り物や利用者の作品を提示したりしている。ホーム内は南に面して明るく一角に畳部分があり、TVも置いてあり、好みの番組が見れるようになっている。ベランダにも植物が植えてあり窓から観賞できる。 |      |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | ソファやテーブルの配置を工夫して個々に過ごすことができる居場所づくりを行っている。和室も自由に使えるように座布団やテーブル、テレビを置いて工夫している。   |      |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 馴染みの家具、寝具、装飾品を居室に持ち込み使い慣れたもの、見慣れたものを活かして落ちついた生活ができるように配慮している。TVは本人の希望により持ち込みも可能である。  |      |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 各トイレ、浴室、台所には名称を掲げてわかりやすくしている。廊下、フロアなど、歩行する場所には安全に移動できるように、環境整備に努めている。目の届く場所に日めくりカレンダーを下げ曜日の表示をつくり、利用者が日付、曜日の変更をできるよう支援している。                  |      |                   |

(別紙4(2))

事業所名 グループホームなでしこ

## 目標達成計画

作成日: 平成 23年 12月 30日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 |      |                            |   |  |            |
|----------|------|----------------------------|---|--|------------|
| 優先順位     | 項目番号 | 現状における問題点、課題               | 目標  | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容   | 目標達成に要する期間 |
| 1        |      | 認知症への理解をより深め、行動障害への対応。     | 行動障害(徘徊、介護拒否等)意味あるサインと捉え、問題点を少しでも理解ができるようにする。 | 職員のスキルアップや認知症対応等の研修への参加。職場内のミーティングでの勉強会を開き、職員全体の方針、考え方(ケアカンで話合った問題点)の統一を図る | 12ヶ月       |
| 2        |      | 外出する機会が少なく家族との交流が少なくなっている。 | 家族参加のもとで外出を行う。                                | 植物園、動物園、水族館などの利用者の希望を取り家族協力のもと外出を行う。外出の際の注意点なども事前に検討をする。                   | 12ヶ月       |
| 3        |      | 防災時の対策が準備不足。               | 非常時の備蓄の管理体制をつくる。近隣住民協力のもとで防災訓練を行う。            | 非常時に必要なものを調べ必要物の購入、保管。非常時、職員の勤務体制の検討。近隣住民の方々に協力を仰ぎ防災訓練を行う。                 | 12ヶ月       |
| 4        |      |                            |   |  | ヶ月         |
| 5        |      |                            |   |  | ヶ月         |